Lane Medical Library

Aus der
II. gynaekologischen Universitätsklinik München.
Direktor: Prof. Dr. Franz Weber.

Der Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

in der gesamten Medizin

verfaßt und

einer Hohen Medizinischen Fakultät der

Bayer. Ludwig - Maximilians - Universität zu München

vorgelegt von

Eugen Baumgärtner
approbierter Arzt aus Seiboldsdorf.

1930

Referent: Universitätsprofessor Dr. Franz Weber.

Gedruckt mit Genehmigung der Mediz. Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Der Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus.

In der operativen Geburtshilfe hat sich das Problem des möglichst frühzeitigen Operierens beim Kaiserschnitt zu einer sehr wichtigen, vielfach umstrittenen Frage entwickelt. Ähnlich wie Martius' prophylaktischer Kaiserschnitt von zahlreichen Seiten angefeindet wurde, so entstand auch der Schnittentbindung am wehenlosen Uterus vielfache Gegnerschaft. Lange Zeit vertrat man die Anschauung, die Kaiserschnittsoperation erst zu einem Zeitpunkt vorzunehmen, bei dem die Geburt schon begonnen hat und kräftige Wehen bereits einen großen Teil der Geburtsarbeit geleistet haben. Dieser Standpunkt fand seine Begründung darin, daß man oft bei exspektativem Verhalten, selbst bei einem beträchtlichen, räumlichen Mißverhältnis, noch den Eintritt des Kopfes ins kleine Becken erleben und somit die früher so gefürchtete Schnittentbindung vermeiden könne. Von mehreren Seiten wurde darauf hingewiesen, daß die Gefahr der Atonie weitgehend eingeschränkt werden könne, wenn man das Cavum uteri erst eröffnet, nachdem kräftige Wehentätigkeit dafür sorgte, daß durch die Kontraktion der Uterusmuskulatur ein Schlaffwerden der Gebärmutter und damit mangelnde Drosselung der uterinen Gefäße verhindert wird.

Andererseits wurde von Operateuren, die sich zur Methode der extraperitonealen Schnittentbindung bekennen, aus rein technischen Gründen die Forderung gestellt, eine Dehnung des unteren Uterinsegments und Erweiterung des Muttermunds auf 3 bis 5-Markstück-Größe abzuwarten. Aber auch Anhänger des intraperitonealen Verfahrens verlangten eine Erweiterung des Muttermunds, um sicher im untersten Uterinsegment

operieren zu können. Man glaubte früher auch, daß der Abfluß des Lochialsekrets im Wochenbett an eine gewisse Erweiterung des Muttermundes gebunden sei.

Gestützt auf diese Anschauungen ließ man sich nur in ganz vereinzelten Fällen dazu bewegen, die Sectio bereits am wehenlosen Uterus auszuführen, nur bei dringlichen Indikationen, zumeist wenn das Leben der Mutter, bezw. des Kindes unmittelbar gefährdet war, wie insbesondere bei Placenta prävia.

Aber bereits im Jahre 1893 wies der Amerikaner Coe darauf hin, daß die behaupteten Nachteile der Section am wehenlosen Uterus mehr theoretischer Natur seien und das frühzeitige Operieren häufig vorteilhaft ist. In den folgenden Jahren gingen dann auch zahlreiche Geburtshelfer dazu über, in den Fällen, bei denen mit einer Spontangeburt eines lebenden Kindes wegen Beckenverengerung 3. und 4. Grads nicht zu rechnen war, die operative Frühentbindung vorzunehmen. Je mehr sich durch die verbesserte Technik die Sectio zu einer relativ einfachen Operation von hoher Lebenssicherheit für Mutter und Kind entwickelte, desto weiter wurde allmählich auch ihr Indikationsbereich gezogen und ihre Ausführung erfolgte bei Beckenverengerung, geburtshindernden Tumoren, Eklampsie, Placenta praevia, häufig bereits vor Wehenbeginn am ruhenden Uterus. Eine englische Statistik, in der über ca. 4000 Kaiserschnittsfälle berichtet wurde, zeigte bei Operation vor Beginn der Wehen eine mütterliche Mortalität von 1,6% und eine kindliche von 3,9%, kurz nach Wehenbeginn eine mütterliche von 1,8% und eine kindliche von 5%, nach langer Wehendauer eine mütterliche von 9,4% und eine kindliche von 5%, nach vorausgegangenen vaginalen Eingriffen eine mütterliche von 26,5% und eine kindliche von 10,9%. Für das Anwachsen der Mortalität ist in diesen Fällen vor allem die nach dem Blasensprung abgelaufene Zeit maßgebend.

Von Interesse sind die Mitteilungen von R. Holmes über „die Beurteilung der Wehentätigkeit in ihren Beziehungen zum Kaiserschnitt". Die Gefahr des Kaiser-

schnitts wurde durch die modernen chirurgischen Grundsätze sehr herabgesetzt. Zur Erzielung guter und zuverlässiger Resultate sei es von besonderer Wichtigkeit, die vaginalen Untersuchungen weitgehendst zu vermeiden und sich mehr der rektalen Untersuchungsmethoden zu bedienen. Absolute Beckenverengerung fordere den Kaiserschnitt bereits vor Eintritt der Wehen, bei relativem Mißverhältnis müsse die Wehentätigkeit eine gewisse Zeit lang beobachtet werden, ohne daß es aber zu Erschöpfung oder gar zu Fieber kommen dürfe. Vorzeitiger Blasensprung habe einen üblen Einfluß auf die Prognose. Wenn die Operation nach dem Eihautriß ungebührlich lang hinausgeschoben werde, sei eine gestörte Rekonvaleszenz in 10 und mehr Prozent wahrscheinlich, sogar ein tödlicher Ausgang könne die Folge sein.

Es ist bekannt, daß Frauen, die nach vorausgegangener Enucleation eines Myoms wieder gravid werden, während der Geburt einer nicht zu unterschätzenden Rupturgefahr ausgesetzt sind. Baisch führte deshalb im Jahre 1919 bei einer Patientin, bei der 6 Jahre zuvor ein großer Myomknoten mit Eröffnung der Uterushöhle entfernt worden war, am berechneten Ende der Schwangerschaft aber bereits vor Wehenbeginn den Kaiserschnitt aus. In analoger Weise verändern auch Kaiserschnittsnarben das Gewebe durch narbige, fibröse Umwandlung der muskulären Teile derart, daß dessen Widerstandskraft erheblich beeinträchtigt wird. Bei Spontangeburt nach einem früheren Kaiserschnitt ist daher eine Frau denselben Gefahren ausgesetzt, wie nach einer Myomoperation. In seiner Arbeit „Die Gefahren der Kaiserschnittsnarbe und ihre Verhütung“ nimmt Baisch zu dieser Frage Stellung. Der Entschluß zum Kaiserschnitt am ruhenden Uterus wurde vor allem in solchen Fällen gefaßt, in denen es auf Grund des objektiven Befundes von vorne herein feststand, daß die Frau durch eine Sectio entbunden werden müsse, wollte man nicht die Mutter gefährden oder auf ein lebendes Kind verzichten. Er steht mit zahlreichen anderen Geburtshelfern auf dem Standpunkt, in Fällen, bei denen ein enges

Becken die Indikation zum Kaiserschnitt abgegeben hat, auch bei einer späteren Geburt, bei der wieder eine Schnittentbindung erforderlich sein wird, mit Rücksicht auf die alte Kaiserschnittsnarbe wegen Rupturgefahr nicht erst den Wehenbeginn abzuwarten, sondern schon kurz zuvor zur Operation zu schreiten. Baisch berichtet über eine Frau, bei der schon 2mal eine Sectio vorgenommen wurde: das erste Mal wurde sie durch einen Fundusschnitt entbunden, später führte man bei ihr einen cervikalen Kaiserschnitt aus. Als nun die Frau ein drittes Mal gravid wurde, entstand 5 Wochen vor beendeter Schwangerschaft am völlig wehenlosen Uterus eine Ruptur an der Stelle der Fundusnarbe, wogegen die Cervixnarbe Stand gehalten hatte. Nicht weniger eindringlich sind andere Fälle, die zur Beobachtung gelangten, bei denen ebenfalls zum 2. mal eine Schnittentbindung stattfand, nachdem schon einige Zeit vorher kräftige Wehen eingesetzt hatten. Es zeigte sich dabei, wie der Uterus in der Narbe papierartig dünn war und sich blasig vorwölbte, so daß man beinahe durch die feine Membran den Uterusinhalt durchschimmern sah. In kürzester Frist wäre es hier wohl auch zur Ruptur gekommen.

Es war vorauszusehen, daß im Laufe der Jahre mit der verbesserten Technik die Indikationsbreite zum Kaiserschnitt ausgedehnt werden würde auch auf solche Fälle, bei denen vorerst für das Leben der Mutter keine unverkennbare Gefahr bestand, aber doch die Entwicklung eines lebenden Kindes per vias naturales sehr in Frage gestellt war, wie es bei den Beckenverengerungen ersten und zweiten bis dritten Grades der Fall ist. „Die Prognose beim engen Becken ersten und zweiten Grades läßt sich in sehr vielen Fällen nicht durch Zahlen ausdrücken, eine individualisierende neben Beckenmessung und Beckenaustastung, außerdem Größe, Einstellung, Form und vermutliche Konfigurabilität des kindlichen Kopfes, Körperbau, Konstitution, Muskeltonus, Weichteile und Wehentätigkeit berücksichtigende Beurteilung ist dabei von ausschlaggebender Bedeutung“ (H. Saenger). An der Hand eines lehrreichen Beispiels zeigt H. Saenger wie schwer es oft ist, eine Geburt

bei engem Becken prognostisch richtig zu überblicken, zumal sich die meisten Fälle von engem Becken leichten und mittleren Grades in ein starres Schema nicht pressen lassen. Es handelte sich um eine 28jährige Primipara, allgemein verengtes Becken I—II Grades, mittelgroßes Kind, Kopf ragt im Beginn der Geburt mit einem kleinen Segment ins kleine Becken hinein, richtige Einstellung in Hinterhauptschaltung. Blase steht, Muttermund ist 2 Markstückgroß, scheinbar kräftige Wehen seit einigen Stunden. Nach genauer Beckenmessung und Beckenaustastung kommt man zu dem Schluß, daß eine Spontangeburt erwartet werden darf. Verhältnismäßig rasch tritt der Kopf dann auch ins kleine Becken ein, die Geburt dauerte jedoch 40 Stunden (24 Stunden nach Blasensprung) und endete mit spontaner Ausstoßung eines 3100 gr schweren Kindes, das kurze Zeit post partum gestorben ist. Die Sektion des Kindes ergab Tentoriumrisse und schwere intracranielle Blutungen. Wir wissen heute, daß bei bestehender Beckenanomalie oft schon eine ganz kurze Geburtsarbeit hinreicht, um beim Kind cerebrale Schädigungen, insbesondere Tentoriumrisse und schwere, zum Tode führende intracranielle Blutungen zu setzen. Häufig kommt es im Geburtsverlauf beim engen Becken zum Eintritt des Kopfes nach hochgradiger Verformung und dann noch oft zur Zangenoperation wegen Erschöpfung, Weichteilquetschung, Vulvaoedem oder Fieber und zu größeren Dammrissen und zu Geburtstraumen des Kindes. Wenn man das bedenkt, so erscheint Sellheim's Vorschlag, in der klinischen Behandlung des engen Beckens in aseptischen Fällen die allesbeherrschende Schnittentbindung an erste Stelle zu setzen, um so berechtigter. In England hat Fritzgibbon, in Amerika Davis und in der Tschechoslovakei Rubeska ähnliche beherzigenswerte Vorschläge gemacht. Wie landesstatistische Aufzeichnungen über das geburtshilfliche Material der Freistaaten Baden und Hamburg zeigten, gehen seit Jahrzehnten 0,3% der Frauen und 3% der Kinder während der Geburt und in den ersten 9 Tagen nach der Geburt zu Grunde. Großes Aufsehen erregten diesbezüglich die Veröffentlichungen von

M. Hirsch über das Thema: „Die operative Geburtshilfe vor der Frage vaginal oder abdominal". Die vaginalen Methoden seien in ihren Erfolgen nahezu unverändert geblieben, während dagegen die abdominale Schnittentbindung eine erhebliche Besserung ihrer Resultate erzielte. Montgomery schlägt vor, bei engem Becken die Indikation zur Sectio möglichst frühzeitig zu stellen, da jedes Abwarten die Gefahren der Operation vergrößere. Martius hat für diese Fälle den „prophylaktischen Kaiserschnitt" empfohlen, den er später als „primäre Schnittentbindung" bezeichnete.

Im Interesse von Mutter und Kind ist ferner ein möglichst frühzeitiges Operieren angezeigt, bei einer Schwangerschaftskomplikation, die von vielen Geburtshelfern sogar als die gefährlichste angesehen wird: bei Placenta praevia centralis, wo die mütterliche Mortalität 23—25 % und die kindliche sogar 60 % beträgt. Bei den im Privathaus hauptsächlich zur Verfügung stehenden Methoden, der Wendung nach Braxton Hicks und der Metreuryse sind die Aussichten auf die Entwicklung eines lebenden Kindes sehr gering. Man ging daher in den letzten Jahren immer mehr dazu über, Frauen mit einer Placenta praevia von vorne herein in eine Klinik, bezw. in ein Krankenhaus zu schaffen, wo die Möglichkeit besteht, durch den vaginalen vor allem aber den abdominalen Kaiserschnitt Mutter und Kind zu retten. „Denn der Kaiserschnitt allein ermöglicht eine rasche Entwicklung des Kindes, eine schnelle und saubere Entfernung der Placenta, eine exakte Stillung der Blutung durch Naht und Tamponade unter Leitung des Auges, eine Minderung der Infektionsgefahr durch Ausschaltung jeglicher Berührung der keimhaltigen Scheide" (Baisch). Bei Placenta praevia, wo die Blutungen am Ende der Schwangerschaft, oft sogar schon einige Wochen vor Geburtsbeginn einsetzen und ein sofortiges Eingreifen indicieren, wird man daher in vielen Fällen gezwungen, die Schnittentbindung bereits schon am wehenlosen Uterus auszuführen, zumal mit der Einleitung der Geburt allein die Gefahr noch nicht beseitigt ist, da nach der Entwicklung des Kindes zufolge

ungenügender Kontraktion des unteren Uterinsegments eine erhebliche Atonie auftreten kann, der man mit allen Wehenmitteln machtlos gegenübersteht.

Viele der angeführten Schwangerschaftskomplikationen, bei denen ein möglichst frühzeitiges operatives Eingreifen im Interesse von Mutter und Kind am Platze ist, legen es daher nahe, die Sectio bereits vor Wehenbeginn in Angriff zu nehmen. Warum der Kaiserschnitt vor Wehenbeginn vielen Operateuren als ein gewagtes, gefährliches Vorgehen galt, hat seinen Grund vor allem darin, daß man atonische Blutungen befürchtete. Es zeigte sich jedoch, daß die Blutung in all diesen Fällen selten stark, meist sogar auffallend gering war, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß vorbeugend im Moment der Fruchtentwicklung Pituglandol intravenös injiziert und nachher Gynergen intramuskulär verabreicht wurde. Die darauf eintretende Wirkung ist sehr überzeugend, augenblicklich tritt der Erfolg ein, der Uterus kontrahiert sich sehr kräftig, des öfteren so energisch, daß nach der Entwicklung des Kindes die Placenta spontan ganz oder teilweise aus dem Uterusschnitt geboren wird. Aber auch die anfänglichen Befürchtungen eines gestörten Lochialabflusses erwiesen sich als gegenstandslos. Lange Zeit war man der Anschauung, der Abfluß des Lochialsecrets sei an eine gewisse Erweiterung des Muttermunds gebunden; so forderten z. B. Vogt und Zangemeister Maßnahmen zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes, Vogt dilatierte mit Hegar bis auf 22 mm, Zangemeister demonstrierte auf dem Bonner Kongreß 1927 einen hornförmigen Uterusdilatator für den cervikalen Kaiserschnitt am ruhenden Uterus. Diese Anschauung, der Lochienabfluß sei von einer bestimmten Erweiterung des Muttermundes abhängig, erwies sich nicht als zutreffend. Offenbar genügt die Weite des nur wenig eröffneten Muttermunds völlig, um, wie bei der Periode dem Menstrualblut, so den Lochien den Austritt zu gestatten. In keinem Fall machte bisher die vor Wehenbeginn ausgeführte Sectio bezüglich des Lochialabflusses Schwierigkeiten. Gabastou berichtet zwar über einen Fall von Lochienstauung

nach Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus: 3 Tage nach der Operation trat Pulsbeschleunigung auf, subfebrile Temperaturen, Meteorismus, starkes Durstgefühl, Lochialsecret war in kaum nennenswerter Menge vorhanden Dies veranlaßte die Einführung eines Tubus in den Uterushals, worauf reichlich schokoladefarbene, foetide Lochien entleert wurden. Wie sich jedoch zeigte, war daran nicht die Frühoperation schuld, sondern eine Verlagerung des Corpus uteri bezw. des Ausführungsweges, wodurch eine Überdehnung des Organs und schließlich eine retrograde Drainage durch die Zwischenräume der Uterusnaht gegen die Bauchhöhle zu entstand, was ja bei jeder anderen Sectio auch vorkommen kann.

Obwohl sich zeigte, daß die hauptsächlichsten Einwände gegen die Sectio am wehenlosen Uterus, atonische Blutungen und Störung im Abfluß des Lochialsekrets, hinfällig waren, fand dieses Vorgehen vor allem deswegen noch Gegner, weil man sich sagte, daß es dabei zu einer Verflachung der Indikationsstellung kommen müßte. Daß bei Schwangerschaftskomplikationen, wie es eine vorausgegangene Myomoperation, Rupturgefahr wegen alter Kaiserschnittsnarbe und Placenta praevia darstellen, ein möglichst frühzeitiges Operieren im Interesse von Mutter und Kind gegeben ist, bedarf keiner weiteren Erwähnung; aber gerade die Fälle von engem Becken, bei denen man vielleicht noch mit der Spontangeburt eines lebenden Kindes rechnen kann, die aber ebensogut auch anders verlaufen können, sind es, die ein früheres Eingreifen ebenfalls rechtfertigen; denn bei der Garantie der heutigen hochentwickelten Kaiserschnittstechnik soll man besser den sicheren Weg gehen, und nicht das Leben des Kindes riskieren. „Selbst der erfahrene Geburtshelfer beurteilt manchmal den Fall, was die Überwindung des Mißverhältnisses betrifft, richtig, was den endgültigen Erfolg anbelangt jedoch falsch“ (H. Sänger).

Schweitzer schreibt: „Den Entschluß zur Schnittentbindung ließen wir eher reifen, wenn das Alter der Frau wenig Aussichten auf künftige Geburten bot, wenn

langjährige Sterilität bestand, gleichzeitig ungünstige Einstellung des vorangehenden Teils. Wir beobachteten den ungünstigen Einfluß der lange offenen Eihöhle auf Morbidität und Mortalität, zumal die meisten Infektionstodesfälle auf die bei gesprungener Blase Operierten fallen. Die Operation am wehenlosen Uterus ergab die niedrigste Morbidität und keine Mortalität". In einer Zusammenfassung über 109 Kaiserschnittsfälle betont Clifford den Wert der frühzeitigen Operation. Die Prognose sei am günstigsten, wenn vor irgend einer vaginalen Untersuchung nach Möglichkeit vor dem Blasensprung, am besten vor Einsetzen der Wehentätigkeit die Sectio caesarea gemacht werde. Ebenso trat Zangemeister dafür ein, den Kaiserschnitt möglichst frühzeitig auszuführen, ganz im Beginn der Geburt, unter Umständen sogar am Ende der Schwangerschaft. Seine Erfahrungen haben ergeben, daß die Infektionsgefahr dadurch eine weit geringere ist und die früher gehegten Befürchtungen nicht bestehen. Martius sieht eine primäre Indikation zur Schnittentbindung gegeben: 1. bei totem Kind und Conjugata vera von 6,0 cm abwärts, 2. bei lebendem Kind und Conjugata vera von 7,5 cm abwärts, darüber wird abgewartet; das hat aber nur Geltung für Erstgebärende und reine oder nicht schwer infizierte Fälle. Bei Mehrgebärenden wird „wenn eine oder mehrere ungünstige Geburten vorausgegangen sind, auch bei einer Conjugata vera über 7,5 cm von vorne herein operiert". Nach Schiffmann kommen für eine primäre Schnittentbindung in erster Linie nur Mehrgebärende in Betracht. Hat eine Frau bereits eine oder zwei wohlgeleitete Geburten mit unglücklichem Ausgang für das Kind überstanden, hat sie eine gewisse Altersgrenze überschrittten, concipiert sie schwer, ist die klinische Leitung der Geburt gewährleistet und eine Infektion der Patientin auszuschließen, so sei man berechtigt, im Interesse eines lebenden Kindes, unabhängig von Beckenmaßen, von vorne herein die Sectio vorzunehmen. Andere Geburtshelfer wiederum verzichten darauf, sich auf bestimmte Indikationen und Gegenindikationen festzulegen, sondern prüfen jeweils die

gegebenen Verhältnisse, wenn eine Frau bereits vor Wehenbeginn die Klinik aufgesucht hat.

Nicht zu übersehen in der Beurteilung des Kaiserschnitts am wehenlosen Uterus ist der meist auffallend gute Wochenbettsverlauf. Die Wochenbettsmorbidität erwies sich bei der Operation am wehenlosen Organ als sehr gering. Diese beachtenswerten Erfolge lassen sich vor allem auf die ganz reinen Operationsverhältnisse zurückführen, mit denen in diesen Fällen gerechnet werden kann. Meist handelt es sich ja um eine noch stehende Blase, wohl in den allerwenigsten Fällen sind Untersuchungen außerhalb der Anstalt vorausgegangen. Also alles Momente, von ausschlaggebender Bedeutung, wenn ein guter Verlauf im Wochenbett gewährleistet sein soll.

In der zweiten gynaekologischen Universitätsklinik in München wurde seit Bestehen der geburtshilflichen Abteilung (bis dato seit 4½ Jahren) bei 257 Kaiserschnitten 61 mal die Operation am wehenlosen Uterus ausgeführt; 23,7% sämtlicher Schnittentbindungen entfielen also auf den wehenlosen Uterus. Die Indikationen gaben ab:

1 Querlage mit Überdehnung der hinteren Uteruswand nach Interpos. uteri vesicovagin.
1 Haematurie,
1 Nanosomia chondrodystrophica,
1 starke Varicen der Scheide,
1 Placenta praevia centralis,
2 Trichterbecken,
3 hohes Alter und dadurch bedingte Weichteilrigidität,
6 Eklampsie,
12 allgemeinverengte Becken II. und III. Grades,
29 rachitisch-plattverengte Becken II. Grades,
4 „ „ „ III. Grades.

Auf den günstigen Wochenbettsverlauf wurde bereits hingewiesen. Von den 61 Fällen dieser Klinik wiesen 58 einen vollkommen glatten Verlauf auf, 56 davon

wurden bei einer Höchsttemperatur von 37,6 zwischen dem 13. bis 18. Wochenbettstag entlassen, 2 andere, ebenfalls fieberfreie Fälle, blieben, der eine wegen Gonorrhoe, der andere wegen chronischer Nephritis 25—30 Tage in Behandlung. Von den übrigen 3 Fällen war einer durch Narkosebronchitis, 2 durch Thrombosen im Spätwochenbett kompliziert, Ereignisse, die aber dem Frühoperieren nicht zur Last gelegt werden können. Bei sämtlichen Operationen war die Blutung nie übermäßig stark, manchmal sogar auffallend gering gewesen.

Der Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus hat durch die intravenöse Injection von Hypophysin, die nicht einmal immer notwendig wäre, seine Gefahren verloren; die Erfolge sind durch die ganz besonders reinen Operationsverhältnisse, meist stehende Blase und keine Untersuchung außerhalb der Anstalt, den Resultaten derjenigen Schnittentbindungen, die erst nach Wehenbeginn ausgeführt werden, überlegen.

Diese günstigen Ergebnisse sollen keineswegs dazu verleiten, die Strenge der Indicationen zu mildern, man wird hier ebenso wie in allen übrigen ärztlichen Disziplinen nie ein Schema aufstellen können, sondern immer wieder von Fall zu Fall entscheiden, auf welche Weise dem einzelnen Menschen zur gegebenen Zeit am besten geholfen werden kann.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Universitätsprofessor Dr. Franz Weber für die gütige Überlassung des Themas und die Übernahme des Referats, sowie Herrn Universitätsprofessor Dr. H. Saenger für die liebenswürdige Unterstützung und seine Ratschläge bei der Abfassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Übersicht
über die in der Arbeit verwertete Literatur:

Baisch: Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Nr. 53.

Clifford: Bericht über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 16.

Gabastou: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 47.

Holmes: Zentralblatt für Gynäkologie, 1924, Nr. 7a: Die Beurteilung der Wehentätigkeit in ihren Beziehungen zum Kaiserschnitt.

Langen: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 39, 1926.

Montgomery: Bericht über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 12.

Prinzing: Zentralblatt für Gynäkologie, 1922, Nr. 22. Der Kaiserschnitt am wehenlosen Uterus.

H. Sänger: Bericht über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, 1927. Das enge Becken.

Schweitzer-Sellheim: Archiv für Gynäkologie, 1927, Bd. 132 (Kongreßbericht).

Zangemeister: Bericht über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe, Bd. 13.

Lebenslauf.

Geboren am 3. Juli 1905 in Seiboldsdorf als Sohn des Gutsverwalters Eugen Baumgärtner, trat ich nach vierjährigem Besuch der Volksschule im Jahre 1915 in das humanistische Gymnasium St. Stephan in Augsburg ein und legte hier im Jahre 1924 die Reifeprüfung ab. Im Sommersemester 1924 wurde ich an der medizinischen Fakultät der Universität München immatrikuliert, bestand dort im Jahre 1926 die ärztliche Vorprüfung und im Jahre 1929 das medizinische Staatsexamen. Vom 1. Juli 1929 bis 30. Juni 1930 legte ich das praktische Jahr ab: in der I. Medizinischen Klinik in München vom 1. Juli 1929 bis 30. April 1930 und in der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing vom 1. Mai bis 30. Juni 1930.